Capitolul 6 - Problematica medico-socială a categoriilor defavorizate

Obiective educationale:

-intelegerea importantei medico-sociale a populatiei la risc;

-descrierea unor fenomene demografice legate de imbatrinirea populatiei;

-descrierea caracteristicilor medico-sociale ale populatiei la risc;

-descrierea impactului efectului de imbatrinire a populatiei.

INTRODUCERE

În întreaga lume, starea de sănătate a persoanelor care se confruntă cu instabilitatea socială, economică şi politică este precară.

În anul 2000, reprezentanții a 189 de țări s-au reunit la New York pentru a adopta Declarația Mileniului, privind principiile şi valorile ce urmează să fie abordate în secolul XXI, în cadrul relațiilor internaționale. Dintre cele şapte priorități sanitare mondiale ale mileniului actual, trei au în vedere dezvoltarea şi abolirea sărăciei, protejarea grupurilor vulnerabile, respectarea drepturilor omului.

Din acest motiv, este dezirabilă identificarea cât mai corectă a grupurilor la risc, a indivizilor care sunt cei mai predispuşi unor anumite condiții defavorabile, pentru a utiliza direct şi în mod eficient resursele sanitare.

În categoria persoanelor defavorizate se încadrează familiile numeroase cu venituri insuficiente, familiile dezorganizate, persoanele de etnie romă, unii copii şi tineri, şomerii, femeile, bătrânii, refugiații.

În rândul acestor persoane apar fenomene precum sărăcia, şomajul, stigmatizarea şi marginalizarea socială, infracționalitatea, vagabondajul, prostituția, toxicomania.

Reducerea acestor fenomene de o gravitate extremă presupune nu numai intervenția statului, ci şi implicarea activă a tuturor membrilor comunității.

Hotărârea nr. 829/2002 privind aprobarea planului național antisărăcie şi de promovare a incluziunii sociale realizează următoarea clasificare a principalelor categorii sociale vulnerabile din România:

- grupurile care tradițional se confruntă cu un risc ridicat de sărăcie şi excluziune socială şi îndeosebi:

• o parte importantă a celor de etnie romă;

• familiile cu mulți copii;

• familiile dezorganizate;

• familiile monoparentale;

• familiile cu persoane aflate în şomaj de lungă durată;

- grupuri care se confruntă cu situaţii dificile în ceea ce priveşte condiţiile de locuit:

• familiile străzii, care trăiesc în adăposturi improvizate în parcuri, în apropierea gropilor de gunoi, în ghenele de gunoi, lângă bălţi şi diferite terenuri abandonate

• copiii străzii, care în marea lor majoritate trăiesc prin canale sau prin gări;

• copiii care părăsesc instituţiile de ocrotire la vârsta de 18 ani;

- un grup masiv, acoperit satisfăcător înainte de 1989, dar cvasiabandonat după 1990:

• tinerii, ale căror posibilităţi financiare sunt extrem de reduse in vederea achiziţionării unei locuinţe.

Deşi marea majoritate a celor în vârstă de peste 35 de ani locuiesc în general în locuinţe proprietate personală, achiziţionate în timp, în cazul lor apare adesea problema calităţii condiţiilor de locuit, determinată fie de vechimea şi lipsa de întreţinere a locuinţei, fie de absenţa sau problemele sistemului de furnizare a unor utilităţi publice.

SĂRĂCIA SI STAREA DE SĂNĂTATE A POPULATIEI

„ Acolo unde oamenii sunt condamnaţi să trăiască în mizerie, drepturile omului sunt violate : a ne uni pentru a le respecta este o datorie sacră” (J. Wresinski, Paris, 1987)

„ Sărăcia reprezintă forma cea mai rea a violenţei” (M. Ghandi)

Introducere. În ultimele 5 decenii, progresele realizate în domeniul medical au făcut ca starea de sănătate în lume să se îmbunătăţească considerabil. Cu toate acestea, starea de sănătate a categoriilor de populaţie afectate de sărăcie rămâne precară, iar a celor afectate de sărăcie extremă, cu atât mai mult. În paralel cu creşterea inegalităţilor sociale determinate de libertatea comerţului şi a investiţiilor se observă o creştere a inechităţilor în sănătate. În multe ţări ale lumii, există un mare decalaj între progresele înregistrate la nivelul stării de sănătate a păturilor sociale favorizate faţă de cele defavorizate.

Aproximativ un miliard trei sute de mii de persoane (20% din populaţia mondială) trăiesc în condiţii de sărăcie absolută, având un venit inferior unui $ pe zi. Aproape jumătate din locuitorii planetei trăiesc în condiţiile unui venit mai mic de 2 $/zi.

În România, ca de altfel în toate ţările ex-comuniste din Estul Europei, tranziţia economică şi socială a determinat numeroase schimbări la nivelul populaţiei. Creşterea sărăciei în ultimul deceniu este o trăsătură comună acestui grup de ţări, care se datorează, în principal scăderii producţiei şi creşterii inegalităţilor. Din perspectivă regională (Europa şi Asia Centrală), România cunoaşte niveluri moderate de sărăcie, mai mici decât în ţările Comunităţii Statelor Independente, dar mai ridicate decât în ţările Europei Centrale.

Un raport[2,4] al Băncii Mondiale şi al Comisiei Naţionale pentru Antisărăcie şi de Promovare a Incluziunii Sociale (CASPIS), privind România, informează că, deşi rata sărăciei a scăzut în 2003, ea se menţine la 25,1%, iar a sărăciei extreme la 8,6% din populaţie.

În ceea ce priveşte Indicele de Dezvoltare Umană, România se situează printre ţările având o dezvoltare umană medie, cu o valoare a IDU de 0,778 în 2002[6].

Reducerea sărăciei şi a inechităţilor sociale la nivel naţional şi internaţional reprezintă una din principalele mize ale secolului XXI.

Definiţie, concepte

Conform Băncii Mondiale este considerată săracă, persoana care nu are acces la un pachet minimal de bunuri necesare supravieţuirii. Pragul sărăciei a fost stabilit la valoarea de 2$, iar cel al sărăciei extreme la valoarea de 1$/ zi/ locuitor.

În 1987, Consiliul economic şi social francez[13], într-un raport general asupra sărăciei, a dat următoarea definiţie sărăciei: „Sărăcia şi precaritatea existenţei reprezintă o violare a drepturilor omului"

Raportul OMS privind sănătatea lumii în 2003 prezintă noi concepţii despre sărăcie. OMS consideră că sărăcia este un fenomen multidimensional, care depinde nu numai de situaţia materială ci şi de nivelul de educaţie, de starea de sănătate, de vulnerabilitatea şi de expunerea la factorii de risc ecologici şi profesionali, precum şi de posibilitatea limitată a persoanei în cauză de a-şi exprima şi de a-şi face auzite şi înţelese nevoile.

De la începutul anilor 90, conceptul de sărăcie s-a modificat, în sensul că nu se mai pune accentul exclusiv pe nivelul venitului personal, drept determinant al sărăciei. Se trece de la conceptul de „bunăstare materială" la cel de „bunăstare umană", evaluat cu ajutorul Indicelui de dezvoltare umană, elaborat în cadrul Programului Naţiunilor Unite pentru Dezvoltare.

În virtutea acestui nou concept, sărăcia nu rezultă numai dintr-un venit insuficient ci şi din alterarea unei serii de potenţiale ale fiinţei umane, printre care se încadrează şi starea de sănătate. Noţiunea de sărăcie se referă la privarea persoanei de mijloacele de realizare şi de accedere la aceste potenţiale.

Sărăcia este o sursă de marginalizare socială, deoarece privează individul de drepturile sale fundamentale şi de libertatea de a-şi satisface nevoile primare (de la cele legate de alimentaţie şi igienă, până la obţinerea de medicamente esenţiale) şi sociale, care includ capacitatea de a participa la viaţa comunităţii, de a se alătura discuţiilor publice, de a participa la luarea de decizii politice, etc. Ulterior, această lipsă de libertate împiedică dezvoltarea potenţialului personal, şi dăunează astfel dezvoltării societăţii.

Deşi în prezent dezvoltarea comunităţilor umane se apreciază cu ajutorul Indicelui de Dezvoltare Umană, care reuneşte trei variabile, produsul intern brut pe cap de locuitor, drept determinant al dezvoltării economice, speranţa de viaţă la naştere, indicator al stării de sănătate şi rata şcolarizării, indicator al nivelului de educaţie, conceptul este mult mai amplu. Dezvoltarea umană este strâns legată de posibilitatea libertăţii de alegere a individului şi de respectarea demnităţii acestuia. Paradigma dezvoltării umane nu consideră indivizii drept beneficiari pasivi ai activităţilor economice si sociale, ci agenţi activi ai schimbărilor sociale.

Conform ONU, conceptul dezvoltării comunităților umane este definit drept „procesul de lărgire a posibilităților prin care generațiile prezente şi viitoare îşi pot manifesta deplin opțiunile în domeniul social, cultural sau politic, ființa umană în sine fiind aşezată în centrul acțiunilor destinate dezvoltării".

În considerațiile referitoare la sărăcie nu trebuie ignorat conceptul de precaritate. După Joseph Wresinski, persoanele cu risc de precaritate sunt indivizii care trăiesc în condiții de insecuritate materială şi socială („people living in insecure conditions"). Existența noastră este strâns legată de forța relațiilor sociale. Ruperea uneia dintre aceste legături sociale (de exemplu lipsa unui loc de muncă), antrenează fragilizarea celorlalte şi conduce la sărăcie şi la precaritate.

Precaritatea se referă la absența securității individului în ceea ce priveşte construirea viitorului, la imposibilitatea acestuia de a-şi asuma obligațiile profesionale, familiale şi sociale, de a beneficia de drepturile sale fundamentale, şi este strâns legată de sentimentul de fragilitate socială care apare în lipsa mijloacelor necesare conceperii de proiecte pe termen lung.

Relația existentă între sărăcie şi starea de sănătate

Între starea de sănătate şi nivelul de sărăcie există o relație directă şi un cerc vicios. Sărăcia determină malnutriție, limitează accesul la îngrijiri, creşte vulnerabilitatea la factorii de risc individuali sau de mediu. Starea de sănătate precară reduce capacitatea de muncă, productivitatea individului şi veniturile familiei, afectează calitatea vieții acestuia, determinând sau perpetuând în cele din urmă sărăcia.

Modelul de morbiditate din populația generală se regăseşte şi în cadrul grupurilor populaționale afectate de sărăcie, dar o prevalență crescută o au bolile infecțioase şi bolile cu transmitere sexuală (VIH/SIDA, paludismul, tuberculoza, sifilisul, hepatitele, bolile diareice). Mortalitatea infantilă şi mortalitatea maternă, determinată de lipsa de educație, accesul dificil la produsele contraceptive, rata crescută a avorturilor, înregistrează valori crescute în rândul categoriilor de populație defavorizată.

Ultimele cercetări privind morbiditatea populației sărace constată faptul că, alături de bolile transmisibile apar cu o frecvență crescută, fenomene determinate de comportamentele viciate sau la risc. Studiile au demonstrat că fenomenele de violență îndreptate împotriva celorlalți, sau a propriei persoane, alcoolismul, tabagismul, accidentele rutiere, răspund gradientului social. Apariția lor este determinată de statutul socio-economic al individului, sau al grupului din care face parte şi de condițiile de viață şi de muncă (stress, insecuritate, şomaj, etc.),

Aşadar, o stare de sănătate precară este atât cauză cât şi consecință a sărăciei. Din acest motiv, o mare parte din intervențiile sectorului sanitar vizează în mod special promovarea sănătății la nivelul populației sărace.

Faptul că o stare bună de sănătate poate preveni sărăcia, sau cel puțin reprezintă o modalitate de a o evita, este un aspect care a fost inițial mai puțin luat în considerare. Studiile au demonstrat însă, că starea bună de sănătate, prin contribuția sa la dezvoltarea capitalului uman şi social şi în consecință a productivității, poate determina creşterea venitului personal şi dezvoltarea economică națională.

Ameliorarea stării de sănătate a populației ar putea să se evidențieze la un moment prin creşterea veniturilor. Se apreciază[7] că o creştere cu 5 ani a speranței de viață, ar putea ameliora rata dezvoltării economice cu 0,3-0,5% pe an.

Ameliorarea şi protejarea stării de sănătate a categoriilor de persoane sărace devine astfel un element important în lupta împotriva sărăciei.

Implicarea sistemelor de sănătate în combaterea sărăciei

Relația directă existentă între sărăcie şi starea de sănătate presupune necesitatea implicării sistemelor sanitare în activitățile de diminuare a fenomenului sărăciei. În cadrul sistemelor de sănătate se încearcă astăzi, găsirea unor soluții si răspunsuri referitoare la impactul pe care îl are sărăcia asupra stării de sănătate.

Recent, OMS a încercat să identifice exemple de intervenții[1] ale sistemelor de sănătate care pot remedia diferite aspecte specifice sărăciei. „Dar, datorită contextului cultural particular, a practicilor, legislațiilor, valorilor şi aspirațiilor sociale diferite, este dificilă elaborarea unor politici şi măsuri de intervenție universal valabile, posibile a fi aplicate la scară europeană”[1], se menționează în raportul OMS, privind implicarea sistemelor de sănătate în combaterea sărăciei.

Totuşi, în urma studiilor efectuate au putut fi identificate câteva concluzii[1] privind implicarea serviciilor de sănătate în reducerea fenomenului sărăciei.

- Sistemele de sănătate pot contribui prin acțiuni eficace la ameliorarea stării de sănătate a categoriilor defavorizate, fără a fi necesară reformarea practicilor existente sau dezvoltarea unor modele ştiințifice complexe.
- Un sistem de sănătate poate fi uneori un obstacol şi deveni astfel, o cauză a sărăciei pentru persoanele defavorizate, care nu-şi pot permite plata serviciilor directe sau indirecte.
- Chiar dacă se asigură gratuitatea serviciilor de sănătate, uneori ele rămân în continuare inaccesibile, la nivel cultural sau geografic.
- Pe lângă deblocarea unor resurse financiare pentru combaterea sărăciei, este necesară şi formarea unui personal specializat în întâmpinarea nevoilor populației paupere.

Câteva întrebări derivă din aceste concluzii: Care sunt acțiunile care pot avea cel mai mare impact asupra reducerii sărăciei? Care sunt inițiativele cel mai uşor de exploatat şi de extins pe scară largă?

Pentru a putea răspunde acestor întrebări, se aşteaptă crearea unei baze de date cuprinzând inițiativele de succes realizate la nivelul populației afectate.

Echitatea în sănătate

Echitatea şi accesul universal la îngrijiri sunt principii unanim recunoscute pentru fundamentarea unor sisteme de sănătate performante.

Echitatea este un concept bazat pe justiția distributivă, care, aplicat domeniului sanitar înseamnă reducerea şanselor de a fi sănătos în cazul grupelor sociale mai puțin privilegiate.

Echitatea este un concept mai larg, deoarece cultivă asigurarea oportunității de şanse, tuturor grupelor de populație indiferent de categorie socială, mediu, domiciliu, nivel de instrucție, sex, nivel de sănătate, capacitate de muncă, etc.

Este binecunoscut faptul că în cazul categoriilor de populație defavorizate, morbiditatea, incapacitatea, invaliditatea şi decesul precoce sunt mai frecvente, dar şi faptul că, accesul grupelor defavorizate la îngrijiri, deşi mai necesar, este mai dificil.

Printre obiectivele sanitare mondiale ale noului mileniu, stabilite în cadrul Declarației Mileniului şi care se doresc a fi realizate până în anul 2015, se numără: accesul universal şi echitabil la serviciile de sănătate, reducerea cu 50% a numărului persoanelor care trăiesc în condiții de sărăcie absolută, reducerea cu două treimi a ratelor mortalității infantile şi juvenile, reducerea cu trei sferturi a ratei mortalității materne.

Sărăcia în România

În România, sărăcia este prevalentă[2] în regiunile de dezvoltare: NE, SV şi SE, în mediul rural, în zonele cu şomaj crescut, în grupurile de romi, în gospodăriile de pensionari, în familiile numeroase şi cele care au peste 3 copii, în gospodăriile în care capul familiei este neinstruit şi în familiile uniparentale. Aici se găsesc persoanele cele mai susceptibile în a contacta o boală şi a căror adresabilitate şi acces la îngrijiri sunt limitate.

Rata sărăciei în România, în anul 2003 este de 25,1%, iar a sărăciei extreme este de 8,6%.

Ce poate face sistemul sanitar pentru ameliorarea nivelului precar al stării de sănătate, prin combaterea sărăciei?

- să cultive în mediile politice ideea că sănătatea este o investiție productivă,
- să pledeze pentru creşterea responsabilității autorităților publice referitoare la asigurarea condițiilor prin care se poate promova un acces echitabil la serviciile de sănătate,
- să se asocieze strategiilor naționale şi sectoriale de combatere a sărăciei (învățământ, drumuri, dezvoltare rurală),
- să militeze pentru includerea sănătății în politicile sectoriale de dezvoltare,
- să cultive la nivelul îngrijirilor primare de sănătate, practica supravegherii medico-sociale active a persoanelor din grupele la risc înalt,
- să înființeze servicii preventive şi medico-sociale în comunitățile/zonele cu o numeroasă populație defavorizată,
- să dezvolte acele servicii care răspund efectiv bolilor dominante din mediile defavorizate (sănătatea materno-infantilă, prevenirea bolilor infecțioase şi cu transmitere sexuală) şi să cultive comportamentele favorabile sănătății,
- să pledeze pentru buna funcționare a sistemului asigurărilor de sănătate şi a celor de asistență socială.

Ministerul Sănătății a elaborat linii directoare în spiritul celor anterior prezentate. La elaborarea acestor proiecte au colaborat specialişti din Institute de Cercetări, din direcțiile de Sănătate Publică şi practicieni din toate cele 8 regiuni ale țării.

În raportul Ministerului Sănătății pe anul 2003[16], sunt prezentate câteva măsuri cu caracter social, privind grupurile vulnerabile:

- acordarea lunară în regim de gratuitate a trei medicamente de producție internă persoanelor vârstnice cu venituri de până la 1,4 milioane lei lunar, pentru afecțiuni cu impact major asupra morbidității acestei categorii de persoane. Lista elaborată în acest scop a fost extinsă de la 131 de medicamente, la 201.
- depistarea grupurilor sociale defavorizate, cu acces deficitar la serviciile medicale şi asigurarea condițiilor legale pentru includerea acestora în categoria persoanelor beneficiare de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale (familii aflate în stare avansată de sărăcie, familiile cu mulți copii, şomerii, locuitorii din zonele rurale izolate, persoane fără loc de muncă şi lipsite de venit constant, persoane fără locuință).
- includerea a peste 25000 de cetățeni de etnie rromă în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în cadrul unui proiect având în perspectivă îmbunătățirea stării de sănătate a peste 125 000 de cetățeni de etnie rromă.

Liniile forță stabilite pentru următorii ani vizează optimizarea serviciilor de sănătate şi creşterea eficienței acestora prin:

- articularea îngrijirilor medicale cu serviciile medico-sociale
- dezvoltarea asistenței ambulatorii
- dezvoltarea de îngrijiri la domiciliu
- conversia şi restructurarea unor spitale ineficiente, slab dotate, cu un număr insuficient de specialişti, în alte tipuri de servicii - unități medico-sociale cu paturi, centre rurale multifuncționale care să asigure asistență de specialitate (cu personal permanent/ timp parțial – centre de permanență), stații de ambulanță, servicii medico-sociale şi preventive destinate cu precădere programelor naționale de sănătate (TBC, ocrotirea mamei şi copilului)

Se intenționează organizarea unor rețele coordonate de îngrijiri cu caracter orizontal, prin care să se amelioreze îngrijirile la domiciliu asigurate de medicii de familie şi supravegherea medicală activă a bolnavilor cronici.

Programele de protecție socială

Statul român redistribuie aproximativ 10% din PIB prin intermediul programelor de protecție socială.

Programele de protecție socială sunt cuprinse în două mari categorii: de asistență socială şi de asigurări sociale. Programele de asistență socială includ prestația Venitului Minim Garantat (VMG), alocații pentru căldură, alocația de stat pentru copii şi alocația suplimentară pentru copii. În programele de asigurare

sociale intră, în principal, pensiile pentru foştii salariaţi sau agricultori şi cei aflaţi în întreţinerea acestora (de urmaş) şi ajutoarele de şomaj. În afara acestora, sistemul de asigurări sociale asigură contribuitorilor o gamă largă de prestaţii băneşti şi servicii precum indemnizaţia de maternitate şi concediul plătit pentru îngrijirea copiilor, ajutor în caz de deces, pe lângă asigurarea împotriva şomajului, plăţile compensatorii şi măsurile active pentru piaţa muncii.

Programul VMG (pe baza testării mijloacelor), legiferat în 2002, a înlocuit programul de Ajutor Social care a funcţionat între 1995 şi 2001 şi care, datorită modului nesatisfăcător de finanţare, concepere şi aplicare, a devenit ineficace. Eligibitatea pentru VMG este stabilită pe baza testării venitului şi dotării. Pragul de venit este stabilit în funcţie de venitul şi mărimea familiei. Prestaţia VMG acoperă diferenţa dintre pragul stabilit pentru program şi venitul efectiv al familiei. Pentru membrii de familie cu capacitate de muncă, prestaţia este condiţionată de efectuarea unui număr de ore de muncă în beneficiul comunităţii. În 2002, programul a acoperit aproape 619.000 familii, iar costul total a reprezentat 0,28% din PIB.

Prin programul *ajutorului pentru căldură* se acordă un ajutor bănesc familiilor cu venituri mici pe perioada sezonului rece (noiembrie – martie), cuantumul acestui ajutor depinzând de nivelul agregat al familiei şi sursa/tipul de combustibil folosit pentru încălzit. Pentru gospodăriile neracordate la reţeaua de termoficare, ajutorul este acordat sub forma unei sume plătite odată sau în tranşe lunare.

Alocaţia de stat pentru copii şi alocaţia suplimentară pentru familiile cu mai mulţi copii alcătuiesc, împreună, de departe cea mai mare parte a transferurilor sociale.

Alocaţia de stat pentru copii este o prestaţie universală acordată lunar pentru fiecare copil până la vârsta de 16 ani (18 dacă urmează cursurile de zi ale învăţământului secundar), cu condiţia frecventării cu regularitate a şcolii de către cei care au împlinit 7 ani.

În acelaşi timp, familiile cu 2 sau mai mulţi copii beneficiază şi de o *alocaţie suplimentară pentru copii.*

Alocaţia suplimentară a fost introdusă în încercarea de a îndrepta mai precis programul către familiile sărace, ştiut fiind că cele cu mai mulţi copii se confruntă cu un risc sporit de sărăcie.

Ajutorul de şomaj acordat de sistemul de asigurare împotriva şomajului a fost raţionalizat în 2002 când a fost votată o nouă lege. Cuantumul prestaţiei este fixat la 75% din salariul mediu brut şi se acordă timp de 6 până la 12 luni, în funcţie de vechimea în muncă. Pe lângă acesta se acordă plăţi compensatorii salariaţilor care şi-au pierdut locurile de muncă prin concedieri colective, cuantumul lor depinzând de salariul mediu avut anterior şi vechimea în muncă. În afara prestaţiilor băneşti, din fondul de şomaj se mai finanţează o gamă diversă de măsuri active pentru piaţa muncii cuprinzând programe de consiliere profesională, lucrări publice şi microcredite.

MARGINALIZAREA ŞI STIGMATIZAREA

Sărăcia determină creşterea riscului de stigmatizare şi marginalizare economică, socială şi politică a categoriilor sociale afectate.

Marginalizarea se regăseşte în accesul limitat la anumite drepturi şi servicii sociale în comparaţie cu restul populaţiei, în discriminarea acestora în funcţie de diferite criterii de sex, vârstă, situaţie materială, număr de copii, apartenenţa la o anumită etnie sau comunitate religioasă.

Limitările discriminatorii se concretizează în acces limitat la piaţa forţei de muncă, concedieri nejustificate, lipsa accesului la servicii medicale gratuite, cauzate de faptul că beneficiarii nu sunt cuprinşi în sistemul de asigurări medicale, accesul limitat la cultură şi educaţie. Copiii proveniţi din familii sărace sunt mai expuşi riscului de abandon şcolar, de excludere din colectivităţile de la şcoală sau din vecinătate. Nivelul redus de pregătire şcolară este întotdeauna asociat cu o poziţie dezavantajoasă pe piaţa muncii.

Sărăcia nu este însă unica cauză a marginalizării. Studiile[18] asupra marginalizării fac referiri la următoarele categorii sociale:

- şomerii, angajaţii în servicii necalificate;
- persoanele cu venituri mici, fără proprietăţi/ teritorii;
- persoanele cu handicap mintal şi fizic sau cu alte dizabilităţi;
- analfabeţii, persoanele lipsite de calificare profesională
- toxicomanii;
- delicvenţii;
- copiii abuzaţi sau care trăiesc în condiţii improprii;
- copiii utilizaţi ca forţă de muncă;
- părinţii singuri;
- tinerii, în special absolvenţii fără experienţă;
- străinii, refugiaţii, imigranţii;
- minorităţile etnice, lingvistice, religioase sau rasiale aflate în condiţii de dificultate;
- beneficiarii de asistenţă socială, cei care au nevoie de asistenţă socială, dar nu o primesc;
- rezidenţii cartierelor rău famate;
- devianţii.

Stigmatizarea poate avea efecte constructive sau distructive. Stigmatizarea este etichetarea sau semnul care indică o însuşire sau o particularitate jenantă, reprobabilă a unui individ în grupul populaţional din care acesta face parte; este practic un proces social, care poate fi controlat prin educaţie, toleranţă şi voinţa societăţii.

.Persoanele care suferă de pe urma marginalizării sau stigmatizării sociale sunt şi mai vulnerabile în viaţa socială şi au un risc mai mare de încălcare a drepturilor fundamentale.

Printre posibilitățile de combatere ale marginalizării şi stigmatizării sociale se încadrează prezentarea de informații exacte despre cauzele, prevalența, evoluția şi efectele acestor atitudini, combaterea ideilor eronate, stereotipe, furnizarea de servicii special destinate categoriilor de persoane afectate.

Legea nr. 116/2002 stabileşte principalele acțiuni pentru combaterea marginalizării sociale.

Suferința psihologică, indusă de fragilitatea psihosocială a persoanelor aflate în situații precare, accentuată de excluderea socială şi de stigmatizare nu trebuie ignorată, pentru că reprezintă un obstacol major în accesul la îngrijiri, în reinserția socială, în sprijinul pe care l-ar putea obține persoanele afectate. Din păcate, există o lipsă de formare de specialişti pentru susținerea acestei categorii de populație.

Suferința psihosocială a persoanelor defavorizate se regăseşte în sentimentul de vulnerabilitate apărut datorită dificultăților vieții cotidiene, stressului la locul de muncă, oboselii permanente, fragilității sociale, în sentimentul de insecuritate datorat precarității, marginalizării, excluderii sociale, anxietății legate de ziua de mâine**, în stima de sine scăzută şi sentimentul de devalorizare apărută datorită depresiei, modului în care individul este privit în societate.** Manifestările suferinței psihosociale se reflectă în comportament de izolare, eşecuri repetate, comportament la risc, conduite adictive, violența îndreptată împotriva sa şi a celor din jur.

PROBLEMATICA REFUGIAȚILOR

„Tu vezi doar un străin. Un refugiat vede 23 de milioane de străini". Sub acest slogan a fost lansată în România, campania de sensibilizare a opiniei publice vizavi de existenta refugiaților în țara noastră. Ideea campaniei este aceea de a schimba mentalitatea românilor față de refugiații care aleg sa trăiască în România.

Refugiații sunt cetățeni străini care, din motive bine întemeiate – persecuția din cauza rasei, religiei, naționalității, opiniei politice sau apartenenței la un anumit grup social – se afla în afara țării de origine, într-o altă țară, care le-a oferit protecția, numită țară gazdă. Odată recunoscut statutul de refugiat unei persoane, aceasta are inclusiv dreptul la un loc de muncă similar cu românii, precum si drept de şcolarizare până la cel mai înalt nivel. Până să obțină aceste drepturi, solicitanții de azil au asigurată o remunerație fixă pentru cazare, masă şi alte cheltuieli. Numeroase ONG-uri au ca obiect de activitate sprijinirea si oferirea de protecție refugiaților.

De cele mai multe ori, străinii care vin în România provin din țările sărace, asiatice sau africane. Ei se îndreaptă spre țările europeene occidentale, dar de multe ori aleg să se stabilească în România.

Prin ordonanța nr. 102/2000 privind statutul şi regimul refugiaților în România a fost stabilit ajutorul rambursabil pentru refugiați. Străinul care a dobândit statutul de refugiatpoate beneficia la cerere de ajutor rambursabil, stabilit la nivelul unui salariu minim brut pe țară, pentru o perioadă de maxim 6 luni, dacă, din motive obiective, este lipsit de mijloacele de existență necesare. Pentru motive bine întemeiate, acest ajutor poate fi prelungit pentru încă o perioadă de cel mult 3 luni. Ajutorul pentru refugiați se asigură

din fondurile cu această destinație prevăzute în bugetul Ministerului Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei.

PROBLEMATICA MEDICO-SOCIALĂ A POPULAȚIEI VÂRSTNICE

În prezent, lumea întreagă se **c**onfruntă cu o adevărată revoluție demografică, datorată îmbătrânirii accentuate a populației.

În anul 2003, populația persoanelor în vârstă de peste 60 de ani era de 600 de milioane. Se apreciază că până în anul 2025 acest număr se va dubla. În anul 2005, OMS estimează ponderea vârstnicilor în rândul populației la 18%.

După vârsta de 65 de ani, 11% dintre bărbați şi 16% dintre femei prezintă un anumit grad de incapacitate, după 80 de ani, 4 din 5 persoane sunt afectate de incapacitate rezultată în urma unei afecțiuni cardiovasculare, osteoartriculare sau psihice.

În România, în urma recensământului din 2002 s-a observat o pondere a populației în vârstă de peste 60 de ani de 18,3% din populația totală. Date privind distribuția populației pe grupe de vârstă şi sexe, arată că fenomenul îmbătrânirii este mai accentuat la sexul feminin. În ceea ce priveşte distribuția în profil teritorial, zonele din România cu populația cea mai îmbătrânită sunt Banatul, Oltenia şi municipiul Bucureşti.

ONU a stabilit vârsta de 65 de ani drept limită de la care o persoană poate fi considerată vârstnică. OMS consideră :

- persoane în vârstă – între 60 şi 74 de ani;
- persoane bătrâne – între 75 şi 90 de ani;
- marii bătrâni – peste 90 de ani.

Metodele de apreciere a îmbătrânirii populației sunt reprezentate de aprecierea ponderii populației vârstnice în totalul populației, calculul vârstei medii a populației, raportul între numărul vârstnicilor şi numărul copiilor şi indicele de dependență, reprezentând raportul între numărul persoanelor inactive şi numărul persoanelor aflate în activitate.

Cauzele principale ale îmbătrânirii populației sunt reducerea natalității, creşterea speranței de viață, scăderea mortalității generale şi precoce, creşterii nivelului de trai, ameliorării accesului la serviciile de sănătate, progreselor medicale ale ultimelor decenii, orientării stilului de viață spre menținerea sănătății.

Consecințele fenomenului de îmbătrânire sunt multiple: demografice, economice, sociale şi medico-sociale.

Fenomenul îmbătrânirii populației determină o suită de constrângeri economice şi sociale şi va provoca dificultăți decidenților din domeniul sanitar şi economic, deoarece populația vârstnică este mare consumatoare de servicii medicale prin supra şi polimorbiditate , prin vulnerabilitatea crescută la factorii perturbatori din mediul fizic şi social.

Principalele cauze de îmbolnăvire ale vârstnicilor în ţările dezvoltate sunt reprezentate de artroză, osteoporoză, căderile şi fracturile consecutive, tulburările de vedere, hipoacuziile, boala Alzheimer, boala Parkinson, incontinenţa sfincteriană.

Principalele cauze de deces ale vârstnicilor în România sunt bolile cerebrovasculare, hipertensiunea pulmonară, boala cardiacă ischemică, hipertensiunea arterială, bolile respiratorii.

Exemple de intervenţii din ţările dezvoltate arată că acţiunile adecvate de promovare a sănătăţii şi de prevenire a bolilor nontransmisibile în rândul vârstnicilor pot reduce prevalenţa bolilor cronice şi rata de incapacitate. În ţările dezvoltate, măsurile de susţinere a populaţiei vârstnice pentru a rămâne activă şi sănătoasă sunt considerate o necesitate, deoarece aceasta reprezintă o resursă valoroasă, adesea ignorată.

Se caută astăzi strategii destinate creşterii eficienţei serviciilor destinate populaţiei vârstnice. În opinia OMS, principalele întrebări la care trebuie să răspundă decidenţii sistemului sanitar sunt următoarele:

- Cum va fi în stare un procent tot mai redus al populaţiei active să susţină nevoile în creştere ale populaţiei vârstnice?
- Numărul tot mai mare de vârstnici nu va determina în cele din urmă falimentul sistemelor de îngrijiri de sănătate şi sociale?
- Cum ajutăm persoanele vârstnice să rămână active şi independente?
- Cum îmbinăm responsabilităţile statului şi ale familiei în îngrijirea persoanelor dependente?
- Cum putem folosi experienţa, talentele şi abilităţile vârstnicilor?
- Odată cu creşterea duratei medii a vieţii, cum putem îmbunătăţii calitatea vieţii persoanelor vârstnice?

În acest sens, OMS a lansat conceptul de "îmbătrânire activă", având drept scop menţinerea autonomiei şi independenţei persoanelor vârstnice.. Acest concept vizează optimizarea oportunităţilor pentru sănătate şi securitate, în scopul îmbunătăţirii calităţii vieţii persoanelor vârstnice. Noul concept propune promovarea unui stil de viaţă sănătos, prin programe de prevenire a principalelor cauze de îmbolnăvire ale vârstnicilor şi permite indivizilor să-şi îmbunătăţească potenţialul fizic, psihic şi social. Cuvântul activă se referă la continuarea participării persoanelor vârstnice la viaţa economică, socială, culturală, spirituală şi nu numai la abilitatea de a fi active din punct de vedere fizic sau de a-şi continua munca.

Odată pensionaţi, vârstnicii pot contribui activ la binele familiei şi comunităţii din care fac parte, iar scopul îmbătrânirii active este să crească speranţa de viaţă sănătoasă şi calitatea vieţii persoanelor vârstnice, inclusiv a celor afectate de incapacitate sau handicap.

Obiectivele strategiilor de îmbătrânire activă sunt următoarele:

- reducerea numărului deceselor premature;
- limitarea dizabilităţilor şi bolilor cronice la vârstnici;
- creşterea calităţii vieţii vârstnicilor;
- reducerea costurilor îngrijirilor medicale;
- dezvoltarea continuă de servicii sociale şi de sănătate, accesibile, permisive, calitative ;

- asigurarea educației şi învățământului continuu pentru personalul implicat în îngrijirile sociale şi de sănătate.

Serviciile de îngrijire integrată la domiciliu au apărut din necesitatea îngrijirii unui număr din ce în ce mai mare de vârstnici afectați de un anumit grad de incapacitate. Îngrijirea la domiciliu reprezintă activitate de îngrijire medicală prestată de personal specializat, la domiciliul pacientului asigurând accesibilitate crescută la îngrijire pacientului dependent.

Este de dorit , ca fiecare caz să fie rezolvat fără a se ține cont de gravitatea acestuia, după o evaluare prealabilă medico-socială, asigurând calitate şi eficiență serviciilor prestate, evitând costurilor inutile pentru sistemul medical şi social.

Managementul îngrijirilor persoanelor vârstnice dependente la domiciliu presupune informarea populației despre pachetul de servicii oferit, luarea în evidență a persoanelor vârstnice dependente, evaluarea necesităților fiecărui caz în funcție de priorități şi resursele instituției, elaborarea unui plan individualizat de îngrijire, monitorizarea nevoilor şi reajustarea planului de îngrijire în urma efectuării examenelor de bilanț.

Finanțarea acestor servicii se realizează din sistemul de sănătate şi din sistemul public social. Legea 34/1998 stabileşte cofinanțarea serviciilor de îngrijire de către Ministerul Muncii sau autoritatea locală. Legea 17/2000 are în vedere protecția persoanelor vârstnice, legea 705/2001 reglementează funcționarea sistemului național de asistență socială din România.

Îngrijirea la domiciliu este considerată a fi strategia optimă de îngrijire a persoanelor vârstnice în situația de dependență, nu numai datorită costului mai scăzut comparativ cu cel necesar instituționalizării persoanelor dependente, ci şi datorită păstrării calității vieții acestora. Locuința face parte din identitatea vârstnicului şi îi conferă repere securizante.

Schimbările cu care se confruntă persoana vârstnică şi care se reflectă asupra relațiilor sociale şi în special familiale sunt determinate de funcțiile corporale resimțite alterate, statutul social modificat, reducerea timpului de viață şi apropierea morții, scăderea stimei de sine datorată pierderii controlului asupra funcției şi integrității corporale, dependenței de îngrijiri, pierderii unor roluri în cadrul familiei, pierderii motivației de viață, a capacității de a face planuri în viitor. Vârstnicii trăiesc doliul anticipat, se confruntă cu durerea fizică, singurătatea, frica ("Mi-e frică de singurătatea în fața durerii şi a morții").

O altă temă de actualitate în cadrul problematicii persoanelor vârstnice, se referă la maltratarea acestuia. Maltratarea vârstnicului se referă la abuzul (vătămarea) fizic, emoțional, sexual sau juridic, sau la neglijarea care pune în pericol sănătatea fizică şi/sau emoțională sau viața vârstnicului, determinate de copiii sau alți aparținători sau persoane din anturajul vârstnicului.

Persoanele vârstnice care necesită îngrijiri medicale permanente, nu se pot gospodări singure, nu au locuință, nu realizează venituri proprii şi sunt lipsite de susținători legali sunt instituționalizate în cămine.

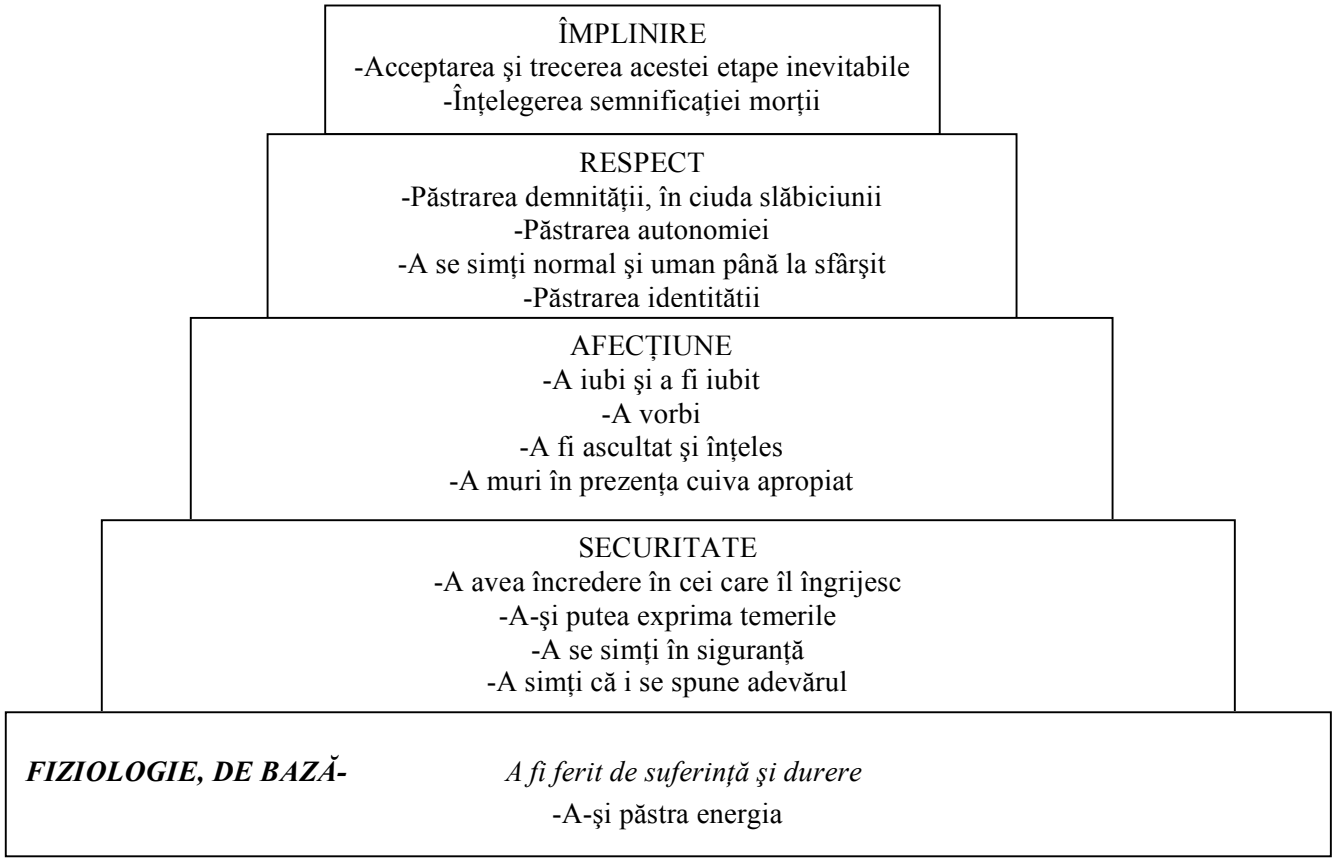
Serviciile asigurate persoanelor vârstnice în cămine sunt:

1. servicii sociale, care constau în :
    a. ajutor pentru menaj
    b. consiliere juridică şi administrativă
    c. modalități de prevenire a marginalizării sociale şi de reintegrare socială
2. servicii sociomedicale:
    a. ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice sau intelectuale
    b. asigurarea unor programe de ergoterapie
    c. sprijin pentru realizarea igienei corporale
3. servicii medicale:
    a. consultații şi tratamente în instituții medicale sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată;
    b. servicii de îngrijire – infirmerie;
    c. consultații şi îngrijiri stomatologice.

Majoritatea deceselor în societățile contemporane dezvoltate se petrec în instituții – spitale şi cămine- spital. Instituționalizarea îi obligă pe vârstnici să cedeze altora controlul vieții şi morții lor. Acest lucru le afectează identitatea şi stima de sine.

Nevoile vârstnicului muribund sunt complexe, de natură fizică, psihologică, socială şi spirituală. Printre nevoile cel mai dificil de îndeplinit sunt: menținerea energiei, păstrarea stimei de sine, eliminarea suferinței şi evitarea izolării. Ebersole şi Hess pornind de la piramida lui Maslow au ierarhizat astfel nevoile muribundului.

Nevoile muribundului, pornind de la piramida lui A. Maslow


ÎMPLINIRE
-Acceptarea şi trecerea acestei etape inevitabile
-Înţelegerea semnificaţiei morţii
RESPECT
-Păstrarea demnităţii, în ciuda slăbiciunii
-Păstrarea autonomiei
-A se simţi normal şi uman până la sfârşit
-Păstrarea identităţii
AFECŢIUNE
-A iubi şi a fi iubit
-A vorbi
-A fi ascultat şi înţeles
-A muri în prezenţa cuiva apropiat
SECURITATE
-A avea încredere în cei care îl îngrijesc
-A-şi putea exprima temerile
-A se simţi în siguranţă
-A simţi că i se spune adevărul
FIZIOLOGIE, DE BAZĂ-
A fi ferit de suferinţă şi durere
-A-şi păstra energia

Necesitatea satisfacerii nevoilor persoanelor muribunde a determinat elaborarea de „charte ale drepturilor persoanelor muribunde". O astfel de chartă a fost elaborată în cadrul simpozionului "Bolnavul terminal şi persoanele care îl ajută (The terminally ill patient and helping person)", organizat la Wayne State University, Detroit, SUA.

Carta drepturilor muribundului

- Am dreptul să fiu tratat ca o persoană în viaţă, până la sfârşit;
- Am dreptul să-mi păstrez speranţa (în mântuire, într-o viaţă viitoare etc.);
- Am dreptul să fiu îngrijit de persoane capabile să-mi întreţină speranţa;
- Am dreptul să-mi exprim sentimentele şi emoţiile legate de moarte;
- Am dreptul să particip la decizii;
- Am dreptul să beneficiez de îngrijiri, chiar dacă vindecarea nu mai este posibilă;
- Am dreptul să nu mor singur;
- Am dreptul să nu sufăr;
- Am dreptul să primesc răspunsuri sincere la întrebări;
- Am dreptul să nu fiu minţit;
- Am dreptul să mor în pace şi demnitate;
- Am dreptul să-mi menţin şi să-mi exprim concepţiile şi credinţele religioase, fără a fi judecat, indiferent de concepţiile altora;

♦ Am dreptul să fiu îngrijit de persoane apte să-mi înţeleagă nevoile; să aibă satisfacţia că m-au ajutat să traversez această ultimă etapă a vieţii;

În aceeaşi idee, referitoare la faptul că, muribundul „are dreptul să trăiască până la capăt", în cele mai bune condiţii cu putinţă, au fost elaborate îngrijirile paliative. Conform SFAP (Societatea franceză pentru îngrijiri paliative, 1996), îngrijirile paliative au drept scop asigurarea calităţii vieţii pacientului (şi nu prelungirea ei cu orice preţ) şi familiei acestuia, având la bază conceptul „a trăi cu boala ta". În aceste condiţii, controlul durerii, asistenţa psihologică, socială şi spirituală sunt esenţiale.

Îngrijirile paliative sunt îngrijiri active care abordează global persoana afectată de o boală gravă.. Bolnavul terminal este privit ca o persoană în viaţă, până la capăt, iar moartea ca un proces natural în evoluţia umană.

PROBLEMATICA MEDICO-SOCIALĂ A FEMEILOR

Problemele considerate a fi prioritare sau de interes pentru femeile din România se referă la: violenţă, prostituţie şi traficul cu femei, şcolarizare, locuri de muncă, beneficii economice şi sociale, sănătate, femeile din mediul rural, imaginea femeii în mass-media.

Violenţa domestică

O definiţie larg acceptată este aceea că, violenţa domestică reprezintă orice acţiune fizică sau verbală, săvârşită cu intenţie de către un membru al familiei împotriva unui alt membru al aceleiaşi familii, care provoacă o suferinţă fizică, psihică, sexuală sau un prejudiciu material. Violenţa domestică reprezintă un atentat la drepturile şi libertăţile fundamentale ale femeii.

« Drepturile femeii si ale fetei sunt o parte inalienabilă, integrală si indivizibilă a drepturilor omului. Violenţa bazată pe diferenţe de gen, toate formele de hărţuire şi exploatare sexuală, inclusiv acelea rezultate din prejudecăţi culturale şi trafic internaţional sunt incompatibile cu demnitatea si valoarea persoanei şi trebuie să fie eliminate » (Declaraţia si Programul de Acţiune de la Viena, 1993, p.33)

De la această declaraţie şi până în prezent, au fost întreprinse numeroase acţiuni la nivel internaţional, referitoare la problema violenţei împotriva femeilor. În decembrie 1993, Adunarea Generală a Naţiunilor Unite a adoptat Declaraţia de Eliminare a Violenţei Împotriva Femeilor ». În 1995, Naţiunile Unite au organizat cea de-a patra Conferinţă Mondială privind problemele femeilor, la Beijing, unde apărătorii drepturilor femeii au cerut factorilor de decizie ai statelor lumii, să ia masuri concrete pentru îmbunătăţirea statutului femeii. Documentul conferinţei, intitulat „ Programul de acţiune de la Beijing" , include un capitol larg, dedicat eliminării violenţei împotriva femeilor. În anul 2000 acest program a fost revizuit de Adunarea Generala a Naţiunilor Unite, iar documentul rezultat cere din nou angajarea guvernelor în respectarea drepturilor femeilor, la scară mondială.

În România, fenomenul violenţei domestice este în ascensiune, şi reprezintă o problemă de sănătate publică.

Studiile[23] privind violența în familie în România, numărul de femei victime ale violenței domestice a crescut de 5 ori din 1996 până în 1998, şi de 7 ori până în 2002. Pe durata vieții, .45% dintre femei au fost agresate verbal, 30% au fost abuzate fizic şi 7% au fost abuzate sexual. În 1997, 23% din cazurile de divorț au avut drept cauză violența

Un alt studiu, realizat în 1998, de Centrul Pilot pentru Femeile Victime ale Violenței Domestice din Bucureşti arată că 13% dintre femeile victime ale violenței domestice au murit, 74% dintre femeile victime ale violenței domestice au fost agresate de către soți, 4% de către concubini, 7% de către foştii soți,15% de către alte rude.

Aceleaşi studii precizează faptul că, în ciuda severității actelor de violență din cadrul familiei, femeile ezită să se adreseze unei unități medicale sau unei autorități legislative. Deşi între două treimi şi o jumătate dintre femeile care au fost abuzate în ultimul an au discutat despre aceasta cu o rudă sau cu un prieten, doar 16% au reclamat episodul de violență domestică la poliție şi doar 15% au discutat cu un cadru medical, numai 9% dintre femei au solicitat consultanță juridică pentru abuzul domestic suferit recent.

Având în vedere faptul că foarte puține femei au apelat la un cadru medical pentru consecințele violenței domestice, doar o femeie din cinci, în cazul celor care au suferit leziuni în urma abuzului solicitând servicii de îngrijire, sistemul de sănătate îşi propune să depisteze femeile abuzate şi să inițieze măsuri de prevenire a abuzurilor ulterioare.

Se are în vedere constituirea unei Comisii Naționale de Prevenire şi Monitorizare a Violenței Domestice, înființarea de Centre de Prevenire, Monitorizare şi Combatere a Violenței Domestice şi de adăposturi pentru victimele violenței domestice, la nivelul fiecărui jude.

Psihologic, s-a dovedit că abuzul apare în momentul în care victimei îi este teamă. Abuzul se manifestă sub mai multe forme: fizic, sexual, verbal, psiho-emoțional şi financiar.

Violența este ciclică şi evoluează în spirală, amplificându-se de fiecare dată. Agresorul îşi cere scuze pentru comportamentul abuziv, promite că nu se va mai repeta, dar după recăpătarea poziția şi recâştigarea încrederii victimei, actele de violență reapar. Profilul psihologic al agresorului, îl descrie drept personalitate lipsită de maturitate emoțională, violentă temperamental, care nu reuşeşte să se impună pe plan social, sau are dificultăți la locul de muncă, gelos, posesiv, critic, consumator de substanțe psiho-active. În multe cazuri, a preluat modelul violent din familie şi, foarte probabil, a fost el însuşi victimă a violenței domestice. La acest tip de personalitate, apare nevoia de dominare. De multe ori, victima depinde financiar şi emoțional de agresor.

Consecințele violenței domestice se reflectă asupra stării de sănătate a victimei. Afectarea sănătății mintale se exprimă prin depresii, anxietate, stimă de sine scăzută, tulburări de stress post-traumatic, comportament adictiv, mergând până la suicid. La nivel somatic, pe lângă vătămările corporale, apar migrene, cefalee, boli ginecologice cronice, agravarea bolilor cronice (astm bronşic, boli coronariene),etc. Apar sarcini nedorite, naşteri premature, , creşte mortalitatea şi morbiditatea maternă.

Creşterea copiilor, una din funcțiile principale ale familiei este afectată. Nevoile copilului de dragoste, armonie, siguranță sunt neglijate. Copiii care cresc în familii violente suferă de boli fizice,

anxietate, mânie, depresie, au sentimente de culpabilitate, capacitate scăzută de concentrare şi performanţe şcolare scăzute, devin consumatori de droguri şi alcool.

Serviciile existente la care pot apela victimele violenței domestice sunt poliția, Institutul de Medicină Legală, liniile telefonice de urgență, camerele de gardă ale spitalelor, instanțele judecătoreşti, serviciile de consiliere, serviciile de asistență a victimelor violenței domestice, adăposturile de urgență.

Violența domestică prin implicațiile ei psihologice, sociale, medicale şi juridice devine o problemă a abordării multidisciplinare.

Problema prostituției şi a traficului de femei a apărut după 1989, când România a devenit o sursă din ce în ce mai mare de femei prostituate, care sunt recrutate şi duse în alte țări prin rețelele internaționale de proxeneți.

Principala țintă pentru proxeneți şi traficanți o reprezintă femeile tinere, cu nivel de trai scăzut sau lipsite de mijloace de întreținere, cu nivel educațional scăzut, provenind din familii destrămate sau disfuncționale.

În ceea ce priveşte **accesul femeilor la educație**, nu se poate vorbi de o discriminare explicită, persoanele de sex feminin având acces la toate nivelurile de educație publică. Totuşi, condițiile economice precare şi perpetuarea unor mentalități şi idei stereotipe vechi împiedică existența unei egalități în ceea ce priveşte educația. Astfel, sărăcia şi mentalitățile învechite referitoare la rolul social al femeii rămân principala cauză a analfabetismului şi abandonului şcolar la fetele care provin din familii cu mulți copii, din mediul rural sau din comunitățile de romi. La aceste categorii sociale persistă mentalitatea conform căreia, fetele îşi vor câştiga existența prin căsătorie şi îndeplinindu-şi ulterior obligațiile casnice, pe când băieții vor trebui să se implice în viața economică şi socială a comunității.

Referitor la locurile de muncă pentru femei, numărul acestora este mult mai mic decât cel al locurilor de muncă oferite bărbaților. Femeile au acces mai mare la oferte de lucru part-time sau la locuri de muncă care presupun un nivel scăzut de calificare.

Şomajul afectează un număr mai mare de femei decât de bărbați, la toate categoriile de vârstă. Femeile şomere nu au nici un ajutor legat de maternitate şi nici un beneficiu social.

Forța de muncă feminină este inegal distribuită. Femeile lucrează în sectoare ce asigură venituri mici (76% din forța de muncă prezentă în domeniul sanitar, 70,6% din forța de muncă distribuită în domeniul educațional). Pe de altă parte, femeile, foarte bine reprezentate ca forță de muncă la un nivel educațional pre-universitar, sunt slab reprezentate în pozițiile de profesor sau manager la un nivel educațional înalt.

Continuă să existe o oarecare suspiciune atunci când este vorba de numirea femeilor în funcții de decizie.

Datorită lipsei de oferte de muncă, unele femei aleg drept alternativă prostituția sau lucrul pe venituri mici, fără contract de muncă şi fără asigurări sociale.

Conform estimărilor OMS, anumiți indicatori ai stării de sănătate a femeilor în România înregistrează valori îngrijorătoare. România are una dintre cele mai mari rate de mortalitate în ceea ce priveşte mortalitatea maternă, neoplasmul mamar şi afecțiunile cardiovasculare la femei.

Anual se înregistrează de două ori mai multe avorturi decât naşteri. Un studiu [24] privind sănătatea reproducerii a identificat, drept principale cauze pentru care femeile nu folosesc mijloacele moderne de contracepție, teama de reacțiile adverse ale acestora, preferința partenerilor pentru metodele tradiționale sau lipsa de informație.

Accesul la serviciile medicale este dificil pentru femeile şomere, sau cele cu venituri mici, femeile vârstnice, mamele singure şi femeile din zonele rurale.

Femeile din mediul rural reprezintă una dintre cele mai vulnerabile categorii de populație din România. De obicei au venituri mici şi posibilități reduse de angajare. Unele dintre acestea trăiesc şi muncesc încă, conform unor vechi tradiții şi obiceiuri, bazate pe instrumente de lucru din agricultura pre-modernă şi pe relații interfamiliale arhaice Femeile din mediul rural care muncesc în agricultură, pe terenurile personale nu sunt incluse în sistemele de asigurare socială şi de sănătate. În aceste condiții, accesul la îngrijirile de sănătate, la planning-ul familial, la educația şi metodele contraceptive este scăzut sau imposibil.

Foarte multe dintre ele au un acces limitat la orice tip de informație, ceea ce le limitează posibilitățile de îmbunătățire a condițiilor sociale şi economice.

PROBLEMATICA MEDICO-SOCIALĂ A COPIILOR ŞI TINERILOR

Din categoria copiilor care se află în situații critice fac parte copiii care trăiesc în condiții de mizerie absolută, sau sărăcie severă, copiii abandonați, copiii fără identitate legală (în special copiii aparținând etniei rome), "copiii străzii", copiii maltratați, neglijați sau abuzați fizic si emoțional, tinerii lipsiți de familie care părăsesc instituțiile pentru copii la 18 ani.

Principalele probleme cu care se confruntă tinerii sunt sărăcia (în 2003, grupa de vârstă 15-24 de ani era cea mai afectată de sărăcie), condițiile de locuit precare, şomajul, degradarea situației educaționale a tinerilor, datorită lipsei resurselor familiei pentru susținerea financiară a studiilor (în special pentru tinerii provenind din mediul rural, sau din alte categorii populaționale defavorizate), creşterea consumului de droguri, concomitent cu scăderea vârstei la care tinerii încep să devină consumatori, creşterea delincvenței juvenile şi reducerea vârstei la care debutează infracționalitatea.

Î40 000 de copii în România sunt exploatați prin forme severe de muncă (INS, 2004). Dintre aceştia 20 000 au vârsta cuprinsă între 10 şi 14 ani. Consecințele acestei forme de exploatare sunt abandonul şcolar, abuzurile fizice şi psihice, creşterea riscului de infracționalitate, faptul că devin adulți needucați şi necalificați.

Forme de maltratare a copilului

Conform DSM-IV, conceptul de maltratare regrupează trei componente principale: abuzul fizic , abuzul sexual şi neglijarea.

Factori etiologici şi factori de risc în maltratare

Numeroase studii evidenţiază faptul că, deobicei, copiii maltrataţi provin din familii dezorganizate, cu nivel socio-economic scăzut. Copilul predispus la maltratare poate trăi într-un context în care coexistă factori de risc de natură socială (sărăcia), factori de risc familiali (număr crescut de copii în familie, mamă foarte tânără, părinţi consumatori de alcool sau droguri) şi factori de risc care ţin de caracteristicile personale (sănătate fragilă, stimă de sine redusă, tulburări de limbaj, handicapuri sau boli cronice).

M. Gabel (1999) enumeră următoarele cauze multiple ce pot coexista la baza fenomenului de maltratare:

- factorii socio-economici;
- factorii psihologici (psihoză, abuz de droguri, alcoolism, deficienţă);
- factorii de mediu (izolare, lipsa sprijinului social);
- factorii legaţi de istoricul familiei (separare, doliu, şomaj, etc.);
- factori educativi (pedepse corporale);
- factori legaţi de dezvoltarea normală a unui copil mic (exersarea controlului sfincterian, tulburări de somn, refuz alimentar, etc.);

Factorii de risc pentru abandon identificaţi, în urma cercetării efectuate de Observatorul Dezvoltării Copilului în Europa – Médecins du Monde, factorii de risc în abandon sunt:

- prematuritatea sau greutatea la naştere mai mică de 2.000 de grame;
- starea civilă a părinţilor (constituirea unui cuplu legitim reprezintă un factor de protecţie);
- şomajul sau lipsa profesiei părinţilor;
- apartenenţa la o anumită etnie (copiii de rang I din familiile de români sunt mai frecvent abandonaţi decât copiii de romi, unde rangul IV este prevalent).

O clasificare mai complexă a factorilor de risc implicaţi în maltratare, grupaţi în funcţie de caracteristicile copilului, părinţilor, sau mediului din care acesta face parte sunt sistematizaţi în tabelul de mai jos:

Factorii de risc cei mai frecvenţi în maltratare:

Caracteristicile copilului
Probleme de sănătate fizică

Naştere prematură sau greutate mică la naştere

Probleme perinatale

Probleme de dezvoltare a copilului de vârstă mică

Probleme de comportament la vârstă mică

Caracteristicile părinţilor
Nivel redus de şcolarizare a părinţilor

Probleme de sănătate mintală

Probleme legate de consumul de alcool sau droguri

Vârsta mică a mamei la naşterea primului copil

Nivel intelectual scăzut al mamei

Maltratare în copilărie

Incarcerarea unuia dintre părinţi

Handicap important sau boală cronică a unuia dintre membrii familiei

Caracteristicile legate de contextul familial sau de mediu

Sărăcie

Instabilitatea structurii familiale

Frecvenţă ridicată a mutărilor

Număr mare al copiilor din familie

Violenţă conjugală

Abandonul

Din punct de vedere *juridic*, abandonul este definit de legea numărul 47/1993: "Copilul aflat în îngrijirea unei instituţii de ocrotire socială sau medicală de stat, a unei instituţii de ocrotire private, legal constituite sau încredinţat, în condiţiile legii, unei persoane juridice, poate fi declarat prin hotărâre judecătorească abandonat, ca urmere a faptului că părinţii s-au dezinteresat de el în mod vădit o perioadă mai mare de 6 luni."

Din punct de vedere ***medical***, copilul este considerat abandonat în spital, dacă rămâne în unitatea sanitară mai mult de 2 săptămâni peste perioada necesară acordării îngrijirilor specifice.

Din punct de vedere ***psihologic***, abandonul este definit ca o acţiune de părăsire a unei fiinţe, de lipsă de preocupare pentru soarta acesteia. Orice situaţie care duce la slăbirea sau rupere a legăturilor afective poate fi trăită ca abandon.

În România, în perioada 1970-1989, datorită politicii pronataliste a regimului socialist, caracterizată de interzicerea avorturilor şi a folosirii mijloacelor contraceptive, fenomenul de abandon a copiilor a crescut.

În anul 1998, rata abandonului era de 1,5%. Aceşti copii trăiesc în instituţii de ocrotire, în familii de plasament sau în familii adoptive.

În prezent, principalele cauze ale numărului crescut de copii abandonaţi sunt de natură socio-economică şi educaţională. Din punct de vedere economic, factorul principal este reprezentat de perpetuarea sărăciei populaţiei. Din punct de vedere social, se constată un proces de dezintegrare a familiei sub acţiunea unor factori economici. Rolul acestor factori este evidenţiat de un studiu efectuat de Ministerul Sănătăţii, IOMC (Institutul de Ocrotire a Mamei şi Copilului) şi UNICEF în leagăne şi secţii de copii distrofici,

care a arătat că 74% din părinții care au abandonat copiii erau şomeri, 62% aveau venituri insuficiente, 58% aveau condiții de locuit improprii, 40% proveneau din mame necăsătorite.

Alte cauze ale abandonului se referă la accesibilitatea scăzută la mijloacele de planificare familială, plasarea provizorie a copiilor în instituții, numărul insuficient, lipsa sau costul ridicat al unor servicii pentru mamele cu copii (creşe, grădinițe), lipsa unei rețele de asistență medicală de ocrotire care să ofere suport medico-social continuu.

Consecințele maltratării copilului sunt apariția în copilărie şi adolescență a unor deficite în dezvoltarea fizică şi psihică, a comportamentelor antisociale, violente, a dificultăților de relaționare cu alte persoane, iar pe termen lung, viitorul adult va manifesta comportamentele abuzive sau de deprivare în propria familie şi în societate.

Autoritățile administrației publice locale au obligația să garanteze şi să promoveze respectarea drepturilor copiilor din raza lor administrativ-teritorială şi să susțină creşterea copiilor în propria lor familie prin acordarea de servicii specializate, corespunzătoare nevoilor lor individuale.

Serviciile specializate pentru copii existente în prezent sunt reprezentate de: centre de plasament de tip familial, centre de primire a copilului cu devianță comportamentală de tip penal, centre maternale, centre de plasament pentru copilul cu handicap grav, centre de asistență şi sprijin pentru readaptarea psihologică a copilului cu probleme psihosociale, servicii de orientare şi sprijin pentru reintegrarea socială a copilului delincvent, centre de reeducare pentru copilul delincvent, centre de resurse pentru prevenirea abuzului, neglijării şi exploatării copilului.

După 1989, dificultățile apărute în viața economică şi socială au contribuit la deriorarea sănătății mintale a copilului şi adolescentului.

Fenomene precum sărăcia, şomajul, condițiile de locuit improprii, înlocuirea anumitor valori morale, au determinat apariția comportamentelor deviante şi a disfuncționalităților la nivelul familiei.(alcoolism, violență domestică, vagabondaj, prostituție, abandon şcolar şi familial).

Factorii de risc în apariția acestor tulburări sunt psihosociali (sărăcie, abuz, neglijare), migrații, violențe urbane, boli cronice, somatice şi psihice, în familie, expunere pre şi post natală la droguri, alcool, HIV/AIDS, malnutriție, infecții cronice.

Politici familiale pentru persoanele defavorizate

Familia reprezintă unitatea fundamentală a societății şi mediul natural pentru creşterea, educarea, dezvoltarea şi bunăstarea membrilor săi. Statul are datoria să asigure protecția familiei, pentru ca aceasta să-şi poată îndeplini rolul, funcțiile şi menirea sa. Din această necesitate a apărut conceptul de politică familială, reprezentând totalitatea măsurilor prin care statul sprijină integritatea familiei şi a membrilor acesteia.

Strategiile politicilor familiale de eliminare a dificultăților şi riscurilor sociale care pot destrăma familia au în vedere:

- acordarea libertății depline în alegerea modelului familial;
- diminuarea crizei locuințelor pentru familiile tinere;
- sprijinirea tinerilor căsătoriți pentru încadrarea în muncă, în raport cu pregătirea profesională a acestora;
- acordarea deşanse egale pe piața muncii persoanelor de sex feminin;
- acordarea de facilități mamelor cu copii;
- protecția copiilor contra sărăciei şi redistribuirea veniturilor între categoriile sociale, în favoarea familiilor cu copii;
- îmbunătățirea serviciilor medico-sociale:
- acordarea de credite în condiții avantajoase familiilor tinere.

BIBLIOGRAFIE

1. Raport Nr. 26169-Ro, România, Raport de Evaluare a Sărăciei (în 2 volume), Studii de fundamentare, octombrie 2003, Unitatea de Dezvoltare Socială şi de Mediu Durabilă, Regiunea Europa şi Asia Centrală, document al Băncii Mondiale
2. Banca Mondială. Raport asupra dezvoltării în lume, 1993. Investiţiile în sănătate, Washington, DC, 1993
3. Centrul de statistică sanitară şi documentare medicală. Anuarul de statistică sanitară, România, 2002
4. Comisia Antisărăcie şi de Promovare a Incluziunii Sociale. Planul naţional antisărăcie şi de promovare a incluziunii sociale http://www.caspis.ro/pnainc.html
5. Comisia Antisărăcie şi de Promovare a Incluziunii Sociale. Evoluţia sărăciei în 2003 faţă de perioada 1995-2002, martie 2004. http://www.caspis.ro
6. Feachem R. Pauvreté et inegalité: une problematique pour le XXI siècle. Bulletin de l' OMS no 3, 2000. http://www.who.int/docstore/bulletin/digests/french/number3/Bu0410.pdf
7. Organisation Mondiale de la Santé. Table ronde ministerielle. Santé et pauvreté. 12 août 2000. http://www.wpro.who.int/pdf/rcm51/docs/french/RC51-10F.pdf
8. Organisation Mondiale de la Santé. Pauvreté et santé. Rapport du directeur général. 14 décembre 1999. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB105/ee5.pdf
9. United Nations Development Programe. Human Development Report 2004. http://hdr.undp.org/reports/global/2004/
10. OMS Europe, Etudes de cas en sante publique, nr. 1, Les systemes de sante s'attaquent a la pauvrete, sous la direction de Erio Ziglio, Rogerio Barbosa, Yves Charpak, Steve Turner, 2003
11. Cunha Antonio et al.(1998), Pauvreté urbaine : le lien et les lieux, Lausanne : Réalités sociales
12. Rainhorn Jean-Daniel, Mondialisation, Inegalites sociales et sante, cours universitaire d'ete, Ascona, 2004
13. Rapport Général sur la Pauvreté, le Conseil économique et social français, 1987
14. Rapport Général sur la Pauvreté, le Conseil économique et social français, 1994
15. La pauvrete et l'etat de sante, dr. Florentina Furtunescu, dr. Irina Eclemea, lucrare în cadrul congresului ALASS, septembrie 2004
16. Raport de activitate al Ministerului Sănătăţii pentru anul 2003

17. L'importance de reduire la pauvrete pour l'etat de sante de la population, Prof.Dr. Dan Enăchescu, Dr. Dana Dragomir, lucrare prezentată în cadrul congresului ALASS, septembrie 2004

18. George Neamțu, Tratat de asistență socială, editura Polirom, 2003

19. Florin Paşa, Luminița Paşa, Asistența socială în România, editura Polirom, 2004

20. „Active ageing: a policy framework WHO", www.who.dk

21. Dan Enăchescu, Mihai Gr. Marcu, Sănătate Publică şi management sanitar, editura All, 1998

23. revista Cosmopolitan, noiembrie 2003

24. Kaplan&Sadock, Manual de psihiatrie clinică, editura Medicală, 2001

22. Constantin Bogdan, Ghid de nursing geriatric, editura Zecasin, 1998

23. Constantin Bogdan, Geriatrie, editura Medicală, 1997

24, Fundația Internațională pentru Copil şi Familie, Copilul Maltratat, editura Extrem Group, 2001

25. De Robertis Cristina, Methodologie de lțintervention en travail social, editura Centurion, Paris, 1987

26. Oancea Constantin, Manual de nursing psihiatric, editura Vavila Edinf SRL, Bucureşti 2004

27. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report, 2001

28. Killen K., Copilul maltratat, Eurobit, Timisoara 1998

29. Lee C.M., Child Abuse, The Open Univerity Press, Londra, 1994

30. Benninger Budell, Violence contre les femmes, Rapport OMCT, Eric Sotas, directeur, Geneva, 1999

31. Bogdan T. Probleme de psihologie judiciară, editura Ştiințifică, Bucureşti, 1973

32. Palicari G, Garber K, Aşezăminte sociale pentru copii, Repere manageriale, Bucureşti, 1997

33. Brearly C.P., Social work, Aging and society, Routledge and Kegan Paul, Londra, 1975